

2. Болаташвили И.Ф., Фильченко А.С., Пожидаев А.А. Редкое наблюдение повреждения мочевого пузыря // Урол. и нефрол. - 1987. - N 1. - С.58.

3. Гусев Н.Н. Об инородных телах мочевого пузыря у мужчин // Урол. и нефрол. - 1987. - N 6. - С.52-53.

4. Куш Н.Л., Литовка В.К. Об инородных телах мочевого пузыря у детей // Урол. и нефрол. - 1976. - N 6. - С.55-56.

5. Первичная помощь в урологии / Под ред. С.Раус: Пер. с . - М., 1976. - С.37-42.

6. Песин А.Л. Инородные тела влагалища как причина мочеполовых свищей у девочек // Урол. и нефрол. - 1976. - N 1. - С.65-66. 7. Руководство по клинической урологии / Под ред. А.Я.Пытеля. - М., 1970. С.85-89. 8. Травмы и хирургические заболевания органов таза и наружных половых органов / Под ред.М.Н.Жуковой. - М., 1969. - С.460-471.

Поступила 21.04.96 г.

FOREIN BODIES OF THE BLADDER

Aculovich A.N., Belogurov V.A.

15 patients with forein bodies of the bladder were analyzed. Clinical picture, diagnostic methods, complications are described. Therapy tactics of such patients is determined. Remote results of this treatment are given.

Канд. мед. наук В.И.Морхат, проф. И.В.Морхат

МЕТОДИКА ФОРМИРОВАНИЯ НЕРАССЛАБЛЯЮЩЕГОСЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО УЗЛА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ФИКСИРУЮЩЕГО ШВА

Витебский медицинский институт, Республика Беларусь

Разработан хирургический узел, позволяющий наложить прочный нераспускающийся шов. При формировании узла на первом этапе из одного конца шва образуют петлю, в которую проводят второй конец. После чего шов затягивают. Затем из нити второго конца также образуют петлю, в которую проводят первый конец шва. Вторую петлю стараются затянуть так, чтобы она легла под первую затянутую петлю. Узел успешно испытан при 450 экстракциях катаракты и 20 хирургических обработках проникающих корнеосклеральных ранений.

Широкое использование в офтальмохирургии нитей из синтетического материала, идеально скользящего при прохождении сквозь прошиваемые ткани, выдвинуло проблему их надежного завязывания ввиду эластичности моноволокна, склонности к расслаблению и самопроизвольному развязыванию узла из этих нитей (1,4,6). Классический морской и хирургический (с двойным перехлестом концов) узел, обязательный при использовании гладкого моноволокна (1), как правило расходится при образовании второй петли, а после ее завязывания тоже склонен к расслаблению, что вынуждает делать третью и даже четвертую

петлю. Эти же недостатки относятся и к биошвам (5,7). Очень трудно, а иногда и невозможно завязать бионити, если они покрыты стекловидным телом (2).

Нами предложена следующая методика узлообразования. После проведения нити через оба края раны шовную нить (для лучшей ориентировки) подтягивают так, чтобы один ее конец был короче. Из короткого конца 1 образуют с одинарным или двойным перехлестом узел 2, в незатянутую петлю которого проводят длинный конец 3 (рис.1). После чего узел неплотно затягивают, а весь шов, если он наложен как предварительный, разводят чуть шире края разреза для получения возможности свободного раскрытия раны. В этот момент при необходимости шов можно легко затянуть. При этом потягивание за длинный конец, вокруг которого образована петля короткого конца, приводит к затягиванию шва, а потягивание за короткий конец - к расслаблению. Он при этом стягивается с длинного конца. После произведенной операции шов затягивают. Затем производят образование петли 4 из длинного конца нити 3 с ее одинарным или двойным перехлестом (рис.2). Короткий конец нити 1 проводят через образованную петлю длинного конца и затягивают их так, чтобы петля длинного конца легла под узел короткого. Далее можно еще один или два раза завязать нити обычным узлом. В качестве предварительного шва мы использовали тонкий биологический шов из сухожилия хвоста крысы (3). Этот шов в последующем не снимается.

Методика успешно применена в клинике при наложении предварительного шва во время проведения 450 экстракций катаракты. При возникновении осложнений во время операции (выпадение стекловидного тела или его угроза) разведенный после первого этапа его формирования шов достаточно прочно затягивался. Это давало возможность более легкого образования второй петли.

Хорошо зарекомендовал себя узел при первичной хирургической обработке более 20 проникающих корнеосклеральных ранений. Особенно эффективным его применение было при нахождении в ране стекловидного тела. В этих случаях использование классического хирургического узла оказывалось малоэффективным.

Преимущества предложенного узла заключаются в его прочности, неспособности к расслаблению, возможности затягивания узла за один конец нити, облегчая наложение предварительных швов, удобстве для шитья в глубине раны, облегчая стягивание ее краев. Узел дает возможность безопасно шить нитями, склонными к скольжению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Краснов М.Л., Беляев В.С. Общие сведения о хирургии глаза // Руководство по глазной хирургии / Под ред. М.Л.Краснова, В.С.Беляева. - 2-е изд., перераб. и доп.- М.:Медицина, 1988. - С.5-43.
2. Лебехов П.И. Прободные ранения глаз. - Л.:Медицина, 1974. - 208 с.
3. Морхат И.В. Опыт применения сухожилия хвоста крысы в качестве шовного материала в офтальмологии // Вестн. офтальмол. - 1963. - N 6.- С. 72-74.
4. Doden W., Schmitt H. Mikroskopische Befunde an unbenutzten bestrahlten und unbenutzten Kunststoff-Faden // Klin. Mbl. Augenheilk.- 1975.- Bd.167, H.2.- S. 291-292.
5. Larimi T. Collagenous suture material in surgery of the cornea and sclera: An experimental and clinical study // Acta Ophthalmol.- 1961.- Suppl.63.- P. 1-111.
6. Polack F.M., Sanchez J., Eve F.R. Microsurgical sutures: Evaluation of various types of needles and sutures for anterior segment surgery // Canad. J. Ophthalmol.- 1974.Vol.9, Nö.1.- P. 42-47.
7. Taylor S.R., McPherson S.D., Peacock E. The experimental use of the rat tail tendon as corneal suture material // Amer. J. Ophthalmol.- 1963.- Vol.56, No.- P.549-553.

Поступила 21.07.96 г.

TECHNIQUES OF FORMING A NON-ABSORBABLE SURGICAL KNOT WHILE MAKING A PREVIOUSLY FIXED SUTURE

V.J.Morkhat, J.V.Morkhat

A surgical knot is elaborated which allows to place a stable non-absorbable suture. At the first stage of forming the knot a loop is made from one end of the suture through which the 2-nd end is being past. Then the suture is to be tied. Of the thread of the 2-nd end one more loop is made through which the 1-st end of the suture is being past. The 2-nd loop is to be tied so that to place it under the first tied loop. The knot was successfully tested in 450 cases of cataract extraction and in 20 cases of surgical treatment of penetrating corneoscleral wound.

Канд. мед. наук В.И.Морхат

НОВЫЙ ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ ФИКСАЦИИ ПРОШИВАЕМЫХ ТКАНЕЙ

Витебский медицинский институт, Республика Беларусь

Для накладывания швов на рану разработан новый инструмент, атравматично фиксирующий прошиваемую ткань, позволяющий избежать ее компрессии, деформации и смещения. Игла проходит между особыми выступами инструмента, одновременно фиксируя прошиваемую ткань к поверхности выступов. Применение фиксатора-упора при микрохирургической обработке проникающих ранений глаза, кератопластике, экстракции катаракты обеспечило хорошие функциональные результаты.

В офтальмологических руководствах начала века указывалось, что "...инструментарий, в котором нуждается практический врач при занятиях глазными болезнями, относительно невелик" (1). Современные же методы хирургического лечения требуют соответствующих средств технического оснащения, т.е. применения многочисленных специальных микроинструментов, аппаратуры и пр. (2). Постоянно ведется работа по определению необходимого инструментария для обеспечения новых методик и направлений в глазной микрохирургии с целью ее дальнейшей реализации в медицинскую практику (6). Проспекты и атласы ведущих фирм мира предоставляют тысячи разновидностей микрохирургического инструментария и, в частности, различные виды пинцетов для захвата и удержания тканей при накладывании на них швов.

В офтальмохирургии в настоящее время большее предпочтение отдают пинцетам, выполненным по принципу Хоскина, в которых вместо острых зубцов хирургических пинцетов на концах браншей имеются вогнутые поверхности, обращенные друг к другу (4,7,9). При их относительной атравматичности необходимость сдавливания тканей остается, а прочность захвата не всегда достаточна. Это проявляется при наложении шва на края раны неправильной формы, особенно, если они покрыты стекловидным телом, а также при прошивании трансплантата во время кератопластики. В этих случаях необходимо усиливать сдавливание тканей пинцетом, увеличивая тем самым его травмирующее воздействие. Сохраняющаяся подвижность края раны в области иглы устраняется пинцетом Поляка, имеющим на конце каждой бранши по два зубца с развилкой между ними для проведения через нее иглы с нитью (8), но этот пинцет ограничивает визуальность края раны между браншами и довольно травматичен.

Основным недостатком этих и подобных им пинцетов является захватывание и сдавливание, которое травмирует ткани. Применение атравматичных инструментов в офтальмохирургии позволяет выполнить операции с хорошими функциональными результатами (3,5). Поэтому, разработка хирургического инструмента, обеспечивающего

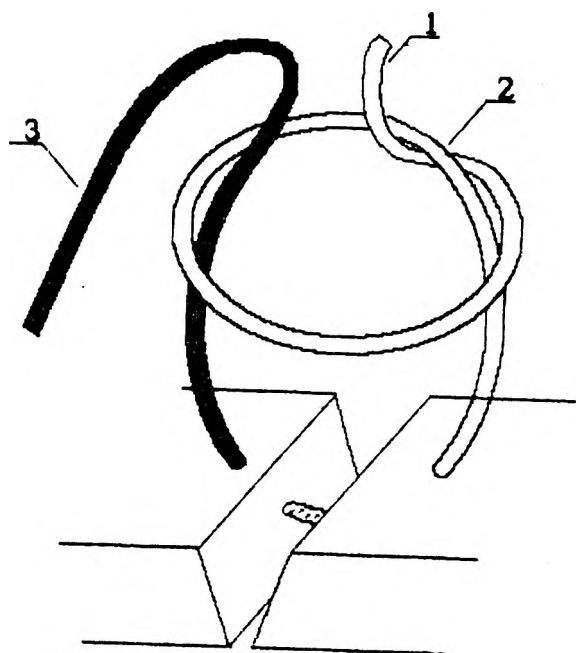


Рис.1.

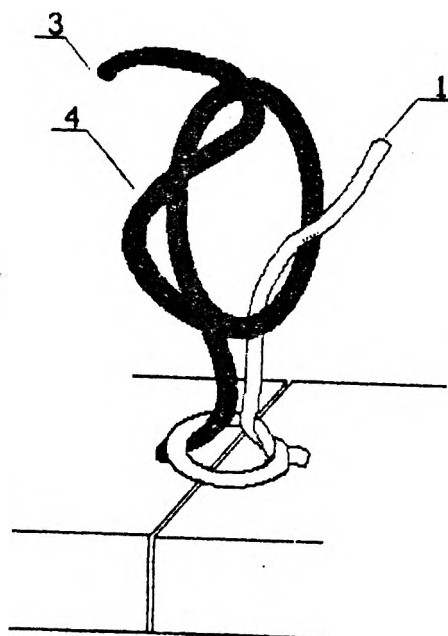


Рис.2.

Рисунки к статье Морхата В.И. и Морхата И.В. :

Методика формирования нерасслабляющегося хирургического узла при проведении предварительного фиксирующего шва

Рис.1. Первый этап формирования узла с образованием из более короткого конца шва петли, в которую продет более длинный конец (1 - короткий конец шва, 2 - узел петли короткого конца шва, 3 - длинный конец шва).

Рис.2. Завершающий этап формирования узла с образованием из длинного конца шва петли, в которую продет короткий конец (4 - узел петли длинного конца шва).